UNIVERSITE DE PARIS - FACULTE DE MEDECINE

++++

Année 1956 N° 629

THESE

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

(diplôme d'Etat)

par

Thérèse BOUCHARDON
Externe des Hôpitaux de Paris
Née le 6 Septembre 1925 à Genouillac (Creuse)

++++

Présentée et soutenue publiquement le 21 Juin 1956

++++

CONTRIBUTION A L'ETUDE DES COMPLICATIONS OCULAIRES DE LA GRIPPE

++++

Président de Thèse : Monsieur VELTER (Professeur)

++++

++++

UNIVERSITE DE PARIS - FACULTE DE MEDECINE

:=:

Année 1956 N° 629

THESE

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

(diplôme d'Etat)

par

Thérèse BOUCHARDON
Externe des Hôpitaux de Paris
Née le 6 Septembre 1925 à Genouillac (Creuse)

:=:

Présentée et soutenue publiquement le 21 Juin 1956

:=:

CONTRIBUTION A L'ETUDE DES COMPLICATIONS OCULAIRES DE LA GRIPPE

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

:=:

Président de Thèse : Monsieur VELTER (Professeur).

:=:

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552424_0034

DOYEN HONORAIRE :

M. BAUDOIN

PROFESSEURS HONORAIRES :

M.M. BAUDOIN, BENARD, CADENAT, CARNOT, CHABROL, CHAMPY, CHEVASSU, DELBERT, DONZELOT, GASTINEL, GUILLAIN, HALPHEN, HARVIER, LAROCHE (G), LAUBRY, LEMAITRE, LEMIERRE, LEVY-SOLAL, LHERMITTE, LIAN, LOEPER, MARION, MATHIEU, MOCQUOT, MONDOR, MULON, OLIVIER (E), OMBREDANNE, SANNIE, SEZARY, TANON.

DOYEN _____ Léon BINET
Membre de l'Institut

ASSESSEUR ____ Jean VERNE

I.- PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	CORDIER
Anatomie Pathologique	DELARUE
Bactériologie	FASQUELLE
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	CHAILLEY-BERT
Biologie Médicale	FAUVERT
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J)
Carcinologie	N...
Chimie médicale	JAYLE
Cliniques chirurgicales — Hôtel-Dieu	BROCQ
Cliniques chirurgicales — Broussais	de GAUDART d'ALLAINES
Cliniques chirurgicales — Salpêtrière	MOULONGUET
Cliniques chirurgicales — Cochin	QUENU
Clinique chirurgicale réparatrice et orthopédique	MERLE d'AUBIGNE
Clinique de cardiologie	MOUQUIN
Clinique de chirurgie infantile et d'orthopédie	FEVRE
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire	MONOD
Clinique de la tuberculose	BERNARD (E)
Clinique de la neuro-chirurgie	PETIT-DUTAILLIS
Clinique de puériculture	LELONG
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	DEGOS
Clinique des maladies du sang	CHEVALLIER
Clinique des maladies du système nerveux	ALAJOUANINE
Clinique des maladies des enfants	DEBRE
Clinique des maladies infectieuses	MOLLARET
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale	DELAY
Clinique du diabète sucré et des maladies de la nutrition	BOULIN
Clinique gynécologique	FUNCK-BRENTANO

../...

		MM.
Cliniques médicales	Hôtel-Dieu	BARIETY
	Bichat	J. BESANCON
	Cochin	MOREAU
	Broussais	de GENNES
Clinique médicale d'hydro-climatologie thérapeutique		DEBRAY
Clinique médicale propédeutique		PASTEUR-VALLERY-RADOT
Cliniques obstétricales	Tarnier	LANTUEJOUL
	Baudelocque	LACOMME
	Port-Royal	VARANGOT
Clinique Ophtalmologie		VELTER
Clinique oto-rhino-laryngologique		AUBIN
Clinique physio-pathologique des problèmes alimentaires. (chaire à titre personnel)		RICHET
Clinique psychiatre infantile		HEUYER
Clinique Rhumato-logique et sociale		COSTE
Clinique stomatologique		DECHAUME
Clinique thérapeutique chirurgicale		SENEQUE
Clinique thérapeutique médicale		LEMAIRE
Clinique urologique		FEY
Embryologie		GIROUD
Génétique		LAMY
Histoire de la Médecine et de la Chirurgie		SOULIE
Histologie		VERNE
Hygiène et clinique de la première enfance		CATHALA
Hygiène et médecine préventive		JOANNON
Médecine du travail		DESOILLE
Médecine Légale		PIEDELIEVRE
Parasitologie et histoire naturelle médicale		GALLIARD
Pathologie chirurgicale		MENEGAUX
Pathologie exotique		LAVIER
Pathologie expérimentale et comparée		LENEGRE
Pathologie humorale et Immunologie expérimentale		MERKLEN
Pathologie médicale		DECOURT
Pathologie et thérapeutiques générales		GARCIN
Pédiatrie sociale		MARIE J.
Pharmacologie et matière médicale		HAZARD
Physiologie		BINET
Physico-chimie médicale (Chaire à titre personnel)		DOGNON
Physique médicale		STROHL
Radiologie médicale		DESGREZ
Technique chirurgicale		PATEL
Thérapeutique		TURPIN

../...

II.- PROFESSEURS SANS CHAIRE

MAITRES DE CONFERENCES-AGREGES et AGREGES

MM.

Anatomie	CABROL DEBEYRE DELMAS Pr s. ch OLIVIER
Anatomie pathologique	GAUTHIER-VILLARS (Melle P) Pr s ch BUSSER GOUYGOU
Bactériologie	CHRISTOL NEVOT
Biochimie médicale	ETTORI POLONOVSKI
Biologie médicale	BOURLIERE
Dermato-Syphiligraphie	DUPERRAT
Embryologie	TUCHMANN
Histologie	BULLIARD COUJARD
Hydrologie	CORNET
Hygiène	BOYER DEPARIS Pr s ch
Maladies Infectieuses	BASTIN
Médecine légale et du Travail	DEROBERT Pr s ch GAULTIER HADENGUE
Neurochirurgie	DAVID
Neurologie	LHERMITTE
Obstétrique	GRASSET LE LORIER LEPAGE MERGER MORIN RAVINA ROBEY
Ophtalmologie	BREGEAT DESVIGNES
Orthopédie	JUDET
Oto-rhino-laryngologie	N... AUBRY MADURO
Parasitologie	BRUMPT
Parasitologie coloniale	CHABAUD
Pathologie chirurgicale	ABOULKER BARCAT BAUMANN

MM.

Pathologie chirurgicale	CAUCHOIX DUBOST FAURE FLABEAU GERMAIN GOSSET LAURENCE LORTAT-JACOB MATHEY OLIVIER (Cl) POILLEUX THOMERET VERNE (J.M.)
Pathologie expérimentale	LOEPER J. MAURICE
Pathologie médicale	BOUVIER BOUDIN BRICAIRE BRISSAUD CASTAIGNE CONTE DEROT DOMART LAMOTTE LAROCHE MACREZ MILLIEZ PEQUIGNOT PERRAULT RAMBERT ROYER THIEFFRY TURIAT WOLFRAMM
Pédiatrie	JOSEPH POLONOVSKI (Cl) MOZZICONACCI
Pharmacologie	LEVY (Melle) Pr s ch CHEYMOL Pr s ch
Physiologie	BARGETON DEJOURS PARROT
Physique médicale	DJOURNO Pr s ch GOUGEROT
Pneumo-phtisiologie	KREIS
Psychiatrie	BARUK PICHOT
Psychiatrie infantile	MICHAUX
Rhumatologie	DELBARRE
Stomatologie	CERNEA CHAPUT (Mme)
Thérapeutique	CHASSAGNE
Urologie	KUSS

III.- PROFESSEURS HONORAIRES ET AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

(pour le service des examens)

GATELLIER (Clinique chirurgicale), LE LORIER V. (Obstétrique), VAUDESCAL (Obstétrique)

IV.- PROFESSEURS SANS CHAIRES ET AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

	à titre permanent. MM.
Clinique chirurgicale	AMELINE HUGUIER LEGER PADOVANI ROUX RUDLER SICARD
Clinique médicale	BROUET DREYFUS FAUVERT HAGUENAU HAMBURGER KOURILSKY MARCHAL
Clinique obstétricale	ECALLE MAYER
Clinique Ophtalmologique	OFFRET RENARD
Clinique urologique	COUVELAIRE

-:-:-:-:-:-:-

Secrétaire Général de la Faculté . . . . . M. MOREL
Secrétaire . . . . . Melle CHAINTREUIL

-:-:-:-:-:-:-

Bibliothécaire en Chef . . . . . Dr HAHN
Conservateur . . . . . .Melle GOICHON

Bibliothécaires . . . . . Melles DUMAITRE, LE NOIR, METIN, QUIEVREUX

-=-=-=-=-=-=-

Par délibération en date du 9 Décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

-=-=-=-=-=-=-

A mes Parents,

A mon Mari.

A Monsieur le Professeur VELTER,

Professeur de Clinique Ophtalmologique à
la Faculté de Médecine de Paris,
Officier de la Légion d'Honneur,

Qui m'a fait l'honneur d'accepter
la présidence de cette thèse,

Respectueuse reconnaissance.

A Monsieur le Professeur RENARD,

Mon Maître d'Externat qui me dispensa son remarquable enseignement clinique,

Qu'il veuille trouver ici le témoignage de mon affectueuse et respectueuse gratitude.

A Monsieur le Professeur Agrégé BREGEAT,

Ophtalmologiste des Hôpitaux de Paris,

A Monsieur le Docteur HARTMANN,

Ophtalmologiste des Hôpitaux de Paris,

A Monsieur le Docteur GUILLAUMAT,

Ophtalmologiste des QUINZE-VINGT

Hommage respectueux.

A mes Maîtres dans les Hôpitaux de Paris,

Monsieur le Docteur AUSSANNAIRE,

Monsieur le Docteur BANZET,

Monsieur le Professeur Agrégé BASTIN,

Monsieur le Professeur Agrégé DEBEYRE,

Monsieur le Professeur LAMY,

Monsieur le Professeur MOLLARET.

CONTRIBUTION A L'ETUDE DES COMPLICATIONS OCULAIRES DE LA GRIPPE.

-:-

L'Existence de complications oculaires au cours de la grippe est connue depuis longtemps. Déjà, lors de l'épidémie de 1890 les principales d'entre elles ont été signalées.

Nous avons eu l'occasion dans le service de notre Maître, le Professeur RENARD, d'observer quelques malades présentant des manifestations oculaires au décours d'une grippe. Sur les conseils de notre Maître nous avons décidé d'étudier ces différentes complications.

- Une première partie de notre travail sera consacrée à l'étiologie de la grippe. Après un bref rappel historique nous envisagerons les caractères du virus grippal.

- Dans une deuxième partie nous étudierons les différentes complications oculaires qui peuvent survenir au cours et au décours de la grippe et successivement nous envisagerons :

- les conjonctivites
- les kératites
- les iridocyclites
- les choriopapillorétinites
- les hémorragies rétiniennes
- le glaucome aigu

../...

- les dacryoadénites
- les paralysies oculo-motrices
- l'atteinte du trijumeau
- les complications orbitaires et péri-orbitaires et parmi elles nous citerons :

  - l'inflammation de la capsule de Tenon
  - le phlegmon de l'orbite.

- Dans une troisième partie nous rappellerons quelques données expérimentales, envisageant l'effet des virus grippaux sur la cornée de lapin l'inoculation du virus grippal dans la chambre antérieure et dans le vitré des lapins.

- Enfin dans une quatrième partie nous envisagerons quelques problèmes pathogéniques.

Après avoir tenté de montrer que certaines complications relèvent de microbes d'infection secondaire dont la virulence a été accrue par l'état grippal.

Nous envisagerons le problème pathogénique posé par les Iridocyclites, la choriopapillorétinite, le glaucome aigu.

o

o

PREMIERE PARTIE

HISTORIQUE

ETUDE DU VIRUS GRIPPAL

-=-=-=-

La grippe est connue depuis les temps les plus reculés.

- Déjà en 1358, un Florentin Mattéo Villani décrivit une maladie qui sévissait en Italie et survenait à la suite de "l'influenza di freddo" sous l'influence d'un refroidissement. Le terme d'Influenza fut retenu dans la langue italienne mais aussi dans la langue anglaise.

- En 1742 Sauvage l'appela grippe, nom qui prévaudra en France par la suite.

- De grandes épidémies survinrent périodiquement.

C'est à la suite de l'épidémie de 1889 que Pfeiffer chercha à découvrir le microbe causal de cette infection et en 1892 il isola un bacille "l'Hemophilus Influenzae" auquel il attribuait l'infection grippale.

- La grande Pandémie de 1918 fit envisager le rôle d'un virus filtrant et Selter, d'une part, Charles Nicolle et Lebailly d'autre part,

../...

réussirent à transmettre la grippe et au singe (Macaccus Rhesus) par inhalation ou inoculation de crachats filtrés sur bougie de Chamberland.

Dujarric de la Rivière s'inocula du sang de grippés et présenta un état grippal typique.

L'agent de la grippe est donc un virus filtrant, présent dans l'expectoration et le sang, transmissible par inhalation ou par injection sous cutanée.

En 1933, Shope montra que l'Influenza épizootique du porc ou Hog-Flu, qui par ses symptômes reproduit aussi exactement que possible l'influenza humaine a pour cause l'action combinée de deux facteurs symbiotiquement unis :

- un virus filtrant
- et un bacille identique au bacille de Pfeiffer (Hémophilus Influenzae Suis).

Isolé, le bacille ne se montre pas pathogène.

Isolé, le virus est pathogène mais provoque une affection bénigne.

Du virus seul, dépendent la contagion, l'immunité et les modifications du sérum sanguin qui l'accompagnent donc au virus seul appartient le rôle essentiel. Mais c'est le bacille isolément inoffensif qui par son association au virus, fait la gravité et le danger de la maladie.

../...

Mais on n'était arrivé qu'à transmettre le virus grippal à l'homme et à certains singes. Et la véritable étude expérimentale de la maladie à commencé à l'occasion de l'épidémie de 1933 de Londres lorsque Smith, Andrews et Laidlaw ont réussi à transmettre le virus grippal pal au furet et à la souris.

LE VIRUS GRIPPAL

a) - Caractères Généraux.

Son diamètre, mesuré au microscope électronique est de 80 à 100. μ

Il se conserve longtemps à la glacière en solution glycérinée à 50 p. 100.

Il est détruit par le chauffage à 56° pendant une heure.

Il est inactivé par le formol et les ultra violets.

b) - Culture

Il est cultivable sur la membrane chorioallantoïde d'oeuf de poule embryonné.

c)- Pouvoir Pathogène.

Le virus de l'Influenza est pathogène par voie nasale pour le furet et la souris.

Un furet peut être infecté soit à partir de matériel humain (filtrat de lavage de secrétions nasales de sujets grippés), soit à partir d'une suspension de virus cultivé. Le virus détermine une maladie expérimentale guérissant en huit à dix jours, transmissible de furet à

../...

furet, les passages successifs accroissant la virulence. Anatomiquement les lésions sont essentiellement nasales et pulmonaires.

d)- Pouvoir antigène

Le virus de l'Influenza se comporte comme un antigène.

Pouvoir neutralisant.

Le sérum des animaux et de l'homme guéris d'influenza mélangé à une émulsion de virus rend inefficace l'inoculation intra-nasale de cette émulsion au furet et à la souris. Ce sérum a donc acquis des propriétés neutralisantes qu'il est possible de doser.

Chez l'homme ces propriétés apparaissent dès le début de la convalescence, sont maximum au quatorzième jour et persistent plusieurs mois.

Hirst en 1941, cultivant du virus grippal dans la cavité amniotique de l'embryon de poulet, observa une agglutination des hématies présentes et démontra que cette agglutination était inhibée par les sérums neutralisant le virus. C'est la base de la réaction spécifique et quantitative qui porte son nom.

Réaction de déviation du Complément.

Elle apparaît rapidement et disparait avec l'infection.

Elle a surtout une importance diagnostique.

e)- Immunité.

Chez les sujets guéris l'immunité est plus ou moins longue, plus ou moins complète. Elle est en rapport en partie avec le pouvoir neutralisant du sérum.

../...

f) - Variétés de virus.

On a isolé différentes souches de virus.

Il a été décidé par convention d'appeler Souche A les virus qui présenteraient une immunité croisée complète avec la souche originelle W.S. et de désigner par les lettres successives de l'alphabet les groupements de souches dont la structure antigénique serait différente.

On classe actuellement les virus de la grippe en 3 groupes : A - B - C -

De plus un sous-type voisin de A est apparu dans des pays souvent très éloignés les uns des autres.

Ces trois virus sont antigéniquement distincts, il n'existe pas d'immunité croisée.

Le virus A serait responsable des grandes épidémies.

Le sous-groupe A est le plus souvent responsable des formes actuelles.

Le virus B moins virulent déterminerait des foyers locaux.

De plus, un virus appartenant à une souche déterminée subit des phases (P, Q, R) qui se distinguent par une sensibilité différente aux anticorps spécifiques.

La phase Q correspondrait à un virus antigéniquement peu différencié (les virus isolés au débit d'épidémie sont généralement dans cette phase).

../...

La phase P est antigéniquement très spécifique. (les virus isolés en milieu d'épidémie appartiennent à cette phase).

LES GERMES ASSOCIES

On a isolé de nombreux microbes dans les produits pathologiques des grippés.

a - Le Bacille de Pfeiffer

Est retrouvé dans l'expectoration, les exsudats pharyngés dans la proportion de 80 à 90% des cas.

Pour Beclère, le Virus est le facteur causal, le facteur de transmission et de diffusion, tandis que le Bacille de Pfeiller conditionne la gravité de la maladie.

b - D'autres germes : streptocoque, pneumocoque, pneumobacille de Friedländer sont retrouvés fréquemment.

En fait, tous ces micro-organismes doivent être considérés comme des agents d'infection secondaire.

../...

EPIDEMIOLOGIE.

Les grandes Pandémies grippales surviennent à intervalles variables sans que l'on pui se décrire de cycle et sans influence saisonnière bien nette.

Elles sont caractérisées par une éclosion brusque, une dissémination très rapide.

La grippe saisonnière ou inter-pandémique survient à peu près chaque année pendant les mois d'hiver, favorisée par le froid humide. Tantôt il s'agit de petites épidémies à faible tendance extensive, tantôt de cas sporadiques.

Transmission -

La contagion est directe, inter-humaine (par les secrétions rhinopharyngées).

o

o o

DEUXIEME PARTIE

SEIMEIOLOGIE DES COMPLICATIONS OCULAIRES DE LA GRIPPE

-:-

Les complications oculaires de la grippe sont assez rares.

L'atteinte de l'appareil visuel représente 1% des complications de la grippe d'après le professeur TERRIEN.

La plus bénigne mais la plus fréquente des complications est :

LA CONJONCTIVITE,

elle s'observe en général dès les premiers jours de la maladie et revêt l'aspect d'une conjonctivite catarrhale bilatérale :

- l'oeil est rouge, larmoyant, photophobe
- la muqueuse conjonctivale est hyperémiée
- une sécrétion plus ou moins abondante agglutine les cils le matin.

La guérison est rapide mais il faut toujours surveiller la cornée qui peut être le siège d'un ulcère.

LES LESIONS CORNEENNES.

peuvent s'observer en dehors de toute conjonctivité. L'atteinte de la cornée peut revêtir plusieurs types. On peut observer :

../...

a - Une kératite ulcéreuse -

I.- Souvent simple ulcération "en coup d'ongle" marginale, qui guérit rapidement.

2.- Ou bien l'ulcération marginale est plus étendue avec large desquamation.

La sensibilité cornéenne n'est pas diminuée.

Le pronostic est favorable même dans ce cas.

P. MATA-LOPEZ rapporte dans le Bulletin de la Société Ophtalmologique Hispano Américaine d'Octobre 1951 cinq cas de kératites atypiques observés au cours d'une épidémie de grippe en Janvier-Février 1951.

Ces kératites sont survenues au cours même de l'évolution de la grippe.

Elles se sont accompagnées d'une conjonctivite marquée et d'une tendance à l'iritis séreuse.

L'ulcération siegeait dans le secteur temporal.

Il existait une infiltration sous épithéliale et du parenchyme superficiel.

Un traitement par des collyres à l'auréomycine, au Sulfacétamide, et mydriatiques ayant été institué, la guérison est survenue en trois semaines.

L'auteur se demande s'il s'agit d'une lésion due au virus lui-même ou à un agent d'infection secondaire.

../...

b - Une kératite deudritique peut s'observer à la défervescence de la maladie ou lors de la convalescence.

L'affection est en général monoculaire.

Les phénomènes réactionnels sont intenses : l'oeil est rouge, larmoyant, douloureux.

L'instillation de Fluoresceine met en évidence une ulcération superficielle, à bords peu saillants, à contours irréguliers, polycycliques avec des digitations multiples.

On note en règle une hypoesthésie au niveau de l'ulcère. Il n'est pas rare d'observer en même temps quelques véhicules d'herpès labial ou nasal.

L'évolution est lente : un mois, un mois et demi.

La cicatrisation se fait en laissant subsister une taie discrète.

c - Une kératite interstitielle

peut survenir quelque temps après la maladie.

Son étiologie est discutable.

IRIDOCYCLITES.

On peut voir des formes séreuses, plastiques, hypertensives, suppurées.

Observation d'une Iridocyclite hypertensive suivie dans le service de notre Maître le Professeur RENARD.

../...

Madame Yvonne D.... 56 ans présente en Janvier 1952 une grippe. Au cours de la deuxième semaine de convalescence : survenue de vives douleurs oculaires gauches irradiant au front, à la tempe, accompagnées d'une baisse très importante de l'acuité visuelle.

La malade vient alors consulter et à l'examen le 24 Janvier 1952 nous notons au niveau de l'oeil gauche :

- une vision réduite à la perception des mouvements de la main à trente centimètres,
- l'oeil est rouge, le cercle périkératique est net
- le globe douloureux au palper est dur
- l'examen au biomicroscope nous montre :
  - une cornée oedémateuse, trouble
  - il n'existe pas de précipités mais un iris terne, épaissi, en myosis, bloqué par des synéchies postérieureures.

Il est impossible d'examiner le fond d'oeil.

La tension oculaire prise au tonomètre de Schioetz est à 40.

Par ailleurs l'oeil droit est sain :

- son acuité est de 10/10 après une correction de + 1.
- il n'existe pas de signes d'iridocyclite
- le fond d'oeil est normal
- la tension oculaire prise au tonomètre de Schioetz est à 20.

../...

Un traitement est institué :

- Collyre Ephédrine
- Injections intraveineuses de Iodaseptine.

Une sous conjonctivale d'adrénaline est faite le lendemain;

Les jours suivants nous notons une sédation partielle des synéchies tandis que des précipités disposés en triangle apparaissent à la face postérieure de la cornée; la tension oculaire baisse -

Le 7 Février :

- l'acuité visuelle de 6/10
- il persiste deux petites synéchies à dix heures et à onze heures
- les précipités observés sur la Descemet sont pigmentés,
- le fond d'oeil est toujours difficile à voir, la papille semble normale.
- la tension oculaire est normale.
- La malade n'étant pas revenue à la consultation n'est vue qu'un an plus tard à l'occasion d'un changement de verres.

L'examen a alors montré à l'oeil gauche :

- une acuité visuelle de 10/10.
- un tension oculaire de 20 au tonomètre de Schioetz,
- l'existence de deux petites synéchies à dix heures et à onze heures séquelles de l'iritis antérieure.

../...

J. SEDAN rapporte dans les annales Oculistiques de Mai 1935 deux cas d'Iridocyclite suppurée consécutive à des grippes et frappant des globes antérieurement touchés par une infection rhumatismale ou syphilitique.

Observation I : (J.SEDAN) -

Madame M.... 72 ans a été traitée il y a douze ans pour une iritis rhumatismale ayant laissé une importante synéchie postérieure. Elle fit une grippe grave avec congestion pulmonaire bilatérale. Elle était à la fin de la première semaine de convalescence lorsque brusquement son oeil droit, porteur de synéchies devint très rouge, douloureux, photophobe en même temps que la vision s'abaissait très rapidement.

Elle fut examinée le lendemain et J. SEDAN note :

- une chambre antérieure remplie de secrétions dissimulant presque totalement l'iris. Ces secrétions assez mobiles flottaient dans l'humeur aqueuse en filaments jaunes très clairs.

- A travers les filaments encombrants la chambre antérieure il était à peine possible de distinguer la pupille en myosis léger jouant assez librement sous l'action de la lumière.

- La tension oculaire était un peu abaissée mais la pression était si insupportable qu'il ne pouvait être question de pratiquer une tonométrie.

- La vision était réduite à la perception des doigts à vingt centimètres.

../...

- L'autre oeil n'avait pas réagi.
- L'état général était normal.

Un traitement intensif fut institué :

- atropinisation
- sangsues
- injections de lait.

Le soir l'état s'était encore aggravé :

- la chambre antérieure était uniformément obstruée par un exsudat blanc jaunâtre, épais, à travers lequel l'iris était invisible.

- Les douleurs étaient extrêmement vives.

Vingt-quatre heures plus tard :

- les douleurs avaient diminué
  la chambre antérieure avait repris sa transparence dans le tiers supérieur,
- les secrétions s'étant accumulées en forme de volumineux hypopion dans les deux tiers inférieurs.

On pouvait distinguer la partie supérieure de l'iris bien dilaté encore que déformé par la vieille synéchie.

En huit jours la disparition de l'hypopion fut totale, l'acuité visuelle remonta à 1/10.

Dès lors les progrès furent constants mais plus lents, la lenteur de récupération de l'acuité visuelle s'explique par l'existence

../...

de quelques flocons vitréens d'origine chroïdienne qui ne purent être mis en évidence que lorsque l'épisode aigu fut terminé.

Observation II (J. SEDAN).

Jeanne L... 22 ans, syphilitique a fait à l'âge de 19 ans une iritis qui a laissé à l'oeil gauche de fines synéchies assez nombreuses, surtout dans le segment nasal du bord pupillaire.

Elle fut hospitalisée en janvier 1935 dans un service de médecine pour une grippe grave, à forme septicémique, sans localisation pulmonaire mais qui évolua avec un curieux épisode d'éruption érythémateuse.

Au seizième jour de son hospitalisation alors qu'elle entrait en convalescence, une crise oculaire très violente survint à l'oeil gauche.

Les phénomènes observés étaient semblables à ceux de l'observation précédente mais la tension oculaire un peu élevée et la pupille sous cette influence paraissait un peu dilatée, l'atropinisation était scabreuse.

Aussi une ponction évacuatrice fut faite aussitôt qui permit d'instiller de l'atropine et de recueillir les secrétions qui furent envoyées au laboratoire pour examen bactériologique.

Celui-ci révéla du Staphylocoque doré typique.

Une hémoculture fut négative.

Malgré la ponction évacuatrice les masses se reformèrent très épaisses et très nombreuses le lendemain.

../...

Comme la tension oculaire était encore élevée une seconde ponction évacuatrice fut pratiquée le surlendemain. Un nouveau examen bactériologique révêla du staphylocoque doré.

Sous l'action des deux ponctions évacuatrices et de deux injections de lait pratiquées à la dose de deux centimètres cubes, les phénomènes s'amendèrent aussi rapidement et plus complètement que dans le cas précédent puisque vingt jours plus tard :

- l'humeur aqueuse et le vitré étaient parfaitement transparents.

- l'acuité visuelle était de 2/10 (chiffre à peu près identique à celui trouvé avant la grippe, cet oeil était en effet amblyope.

Un détail curieux doit être signalé : le Bordet Wassermann négatif depuis deux ans se révèla positif après guérison de la grippe et de l'iridocyclite.

Deux faits paraissent à retenir de ces observations :

- D'une part l'extrême violence et la gravité immédiate des symptômes de début évoluant cependant ensuite vers la guérison.

D'autre part la présence de séquelles d'iritis ancienne paraissait avoir sensibilisé l'iris à la toxi-infection grippale.

Ces uvéites grippales sont d'ailleurs connues depuis longtemps.

On retrouve dans le vieux mémoire de Dianoux de 1898 une évolution à peu près identique.

../...

L'extrême violence et la gravité immédiate des symptômes se retrouvent aussi dans les observations de Perrin. Mais cet auteur avait noté des signes avant tout vitréens et avait insisté sur l'aspect pseudo-gliomateux dû à de grosses masses jaunâtres à reflets orangés organisés dans le vitré.

CHORIOPAPILLORETINITE.

S. Schiff-Wertheimer, G. Gaillard et J. Jonquères rapportent dans la Semaine des Hôpitaux de Mars 1948 trois observations d'aspect ophtalmoscopique et d'évolution voisin , survenues au décours d'une grippe.

Observation I. - "(Schiff-Wertheimer)

Melle P... 22 ans consulte le 13 Février 1947.

Elle se plaint de ressentir depuis deux jours de violentes douleurs péri-orbitaires droites exagérées par les mouvements du globe et éprouve une gêne visuelle homolatérale.

La vision centrale de l'oeil droit est réduite à 1/15.

Il existe un large scotome central plus étendu dans sa partie temporale. L'examen ophtalmoscopique montre deux ordres de lésions :

- d'une part une atteinte papillaire avec oedème blanc important portant sur la papille elle-même et la région péripapillaire.

- d'autre part une atteinte choriorétinienne étendue au pôle postérieur et au-delà jusqu'à la région équatoriale du côté

../...

temporal : aspect de chroïdite exsudative projetant en avant les branches artérielles et veineuses des vaisseaux temporaux. A la surface de la rétine et particulièrement au-dessous de la maculo il existe quelques petites hémorragies en plaque.

Dans les antécédents immédiats, il faut noter un épisode fébrile de courte durée (quarante-huit heures) avec courbature, céphalée, sans localisation rhinopharyngée ni pulmonaire.

L'examen général pratiqué dès le début de l'affection oculaire ne montre rien de particulier : inappétence, amaigrissement léger - Il n'existe pas de signes méningés.

Les examens sérologiques sont négatifs.

L'exploration du fonctionnement rénal négative.

La tension artérielle basse (11-6).

Une radiographie pulmonaire est normale.

La vitesse de sédimentation, la numération globulaire sont normales.

L'acuité visuelle antérieure avait toujours été de 10/10.

Un traitement sulfamidé intensif est institué.

Le 20 Février :

L'oedème papillaire est peu modifié.

Dans la région maculaire les exsudats se sont groupés en forme caractéristique "d'étoile" comparable quant à leur morphologie

../...

à l'étoile maculaire de la rétinite brightique.

Le traitement sulfamidé est poursuivi pendant 10 jours. Une thérapeutique anti-infectieuse à base de salicylate de soude par voie intra-veineuse est instituée par la suite et continuée pendant quatre semaines.

Les signes ophtalmoscopiques s'amendent progressivement avec lenteur et dans l'ordre suivant :

- l'oedème papillaire régresse le premier laissant apparaître une papille pâle à bords irréguliers

- Peu à peu l'étoile maculaire se fragmente, les exsudats se raréfient et deviennent moins brillants.

- Puis la saillie des vaisseaux péri-maculaires diminue et on commence à voir apparaître quelques tâches pigmentées.

L'acuité visuelle est de 3/10 à la fin du mois de juin au moment où la malade quitte Paris mais il subsiste un scotome relatif temporo-maculaire.

Observation II (Schiff-Wertheimer).

Mme R.... 29 ans vient consulter le 27 Février pour une diminution de l'acuité visuelle de l'oeil droit qui est apparue la veille au soir.

A l'examen :

- large scotome central absolu, plus étendu du côté temporal,

../...

- l'aspect ophtalmoscopique est dominé par un oedème papillaire et péripapillaire blanc dans lequel se perdent les vaisseaux. Dans la région interpapillomaculaire, il existe quelques exsudats linéaires, en grains et deux petites hémorragies. Autour de la région maculaire qui, elle-même est blanche et infiltrée les ramifications temporales des vaisseaux rétiniens sont soulevées et tortueuses jusqu'à la périphérie temporale inférieure surtout.

L'oeil gauche est normal.

Ces signes oculaires ont été précédés d'une grippe qui évoluait depuis le 19 février avec fièvre - asthénie intense - léger amaigrissement - céphalée orbitaire droite.

Il n'existait aucune localisation pulmonaire, ni rhinopharyngée, ni sinusienne - Pas de signes méningés.

Devant l'importance des lésions oculaires une ponction lombaire est cependant pratiquée mais elle n'apporte aucun renseignement positif. La sérologie sanguine est négative.

Les examens pulmonaires, rénaux, cardiovasculaires sont normaux.

La vitesse de sédimentation, la numération globulaire sont normaux.

Les antécédents personnels et familiaux de la malade n'apportent aucun argument étiologique.

../...

Le syndrome ophtalmoscopique se modifie dans les dix jours qui suivent le premier examen.

- Les exsudats maculaires se groupent comme dans la première observation en forme de rétinite stellaire de type pseudo brightique.

- Puis après une période d'état de quinze jours environ, les symptômes vont régresser, plus rapidement que dans la première observation mais dans un ordre semblable.

- L'oedème papillaire diminue le premier.
- Les exsudats rétuniens se raréfient et se fragmentent et à la septième semaine les vaisseaux rétiniens sont moins saillants, moins sinueux, quelques éléments pigmentés apparaissent le long de la branche supérieure de la veinte temporale inférieure.

Le 10 Mai l'acuité visuelle est de 2/10.

Il persiste un scotome paramaculaire temporal absolu et un scotome relatif maculaire.

Le 5 Juillet l'acuité visuelle est de 4/10.

La papille est pâle, à bords déchiquetés.

Les exsudats périmaculaires ont disparu.

Des tâches grisatres sont éparses entre les vaisseaux temporaux qui restent encore légèrement saillants.

../...

Observation III (Schiff-wertheimer).

Mme R... de Mohon (Ardennes) 40 ans, consulte le 7 Février 1947 pour un trouble visuel de l'oeil gauche ayant débuté un mois auparavant et se manifestant par des "brouillards dansants".

La vision est de 10/10 à l'oeil droit.

A l'oeil gauche la vision est de '4/10 après correction.

L'interrogatoire révèle qu'un mois auparavant, la malade a fait une grippe compliquée d'un point de pleurite, guérie en 10 jours.

C'est au décours de cette grippe et les 4 premiers jours de son lever que la malade a remarqué le trouble visuel de l'oeil gauche.

A l'examen ophtalmoscopique on voit un oedème important débordant sur toute la région inter-papillomaculaire et maculaire avec de nombreux exsudats disséminés autour des vaisseaux qui sont sensiblement dilatés. Le fond d'oeil droit est normal.

Le champ visuel est un peu altéré :

rétrécissement concentrique léger de 15° à 20° par rapport à l'autre oeil - Pas de scotome central.

Une radiographie du crane est faite tant les manifestations sont importantes au niveau du nerf optique et bien que les symptômes fonctionnels et les signes choroïdiens et rétiniens ne soient pas en faveur d'une stase par HYPERTENSION intracranienne. Elle est normale.

../...

Un traitement général anti-infectieux est commencé le jour même.

Le 10 Mars 1947 :

L'acuité visuelle est de 4/10.

Au fond d'oeil : La papille semble moins saillante.

Un piqueté très dense d'exsudats persiste au pôle postérieur.

Les signes fonctionnels s'émendent. La malade ne voit plus de brouillards devant cet oeil.

Le 5 Mai 1947 :

Etat à peu près stationnaire.

Acuité visuelle : 4/10.

De près la malade lit n° 3 de l'échelle de Parinaud.

L'oedème n'est plus papillaire mais péripapillaire avec exsudats persistants dans la région inférotemporale. Dans la région maculaire proprement dite il s'agit plutôt d'un oedème diffus.

Pendant les premiers jours de Juillet :

Etat local identique,

Acuité visuelle inchangée

Le 7 Juillet :

Les phénomènes vasculaires semblent prendre le pas sur les phénomènes inflammatoires.

../...

Un traitement par l'acide nicotinique rétrobulbaire est entrepris sans succès notable.

La malade n'étant pas revenue consulter, on ne connait pas l'évolution ultérieure.

Plusieurs faits paraissent à retenir de ces observations :

- La brutalité du début.
- La baisse considérable de l'acuité visuelle, la récupération lente et incomplète.
- L'aspect identique du tableau ophtalmoscopique avec :
- atteinte du nerf optique,
- lésions de la rétine et de la choroïde.

L'atteinte du nerf optique de forme oedémateuse s'accompagne d'exsudats rétiniens qui paraissent siéger dans la couche des fibres nerveuses ce qui favorise leur disposition stellaire. Cette disposition semble assez fréquente dans les neurorétinites aigues d'origine infectieuse.

La choroïde participe à l'infection. En effet l'aspect oedémateux du fond d'oeil s'étendant jusqu'à la périphérie avec soulèvement des vaisseaux rétiniens ne peut s'expliquer par une infiltration à point de départ rétinien. L'apparition au cours de l'évolution d'une migration de pigment choroïdien (-observation I et II) vient d'ailleurs confirmer l'atteinte chroïdienne.

../...

Ces neurorétinites grippales ont déjà été notées au siècle dernier. Pendant la grande épidémie de grippe de 1890 de nombreux cas avaient été observé, Leber, Hartridge et Gross les ont décrit sous le nom de "rétinite stellaire pseudonéphrétique".

Des HEMORRAGIES RETINIENNES,

peuvent s'observer au décours de la grippe.

Observation d'un malade vu dans le service de notre Maître le Professeur RENARD.

Mr. G... 66 ans vient consulter le 26 Décembre 1955 pour une baisse de l'acuité visuelle de l'oeil gauche, survenue brutalement le 14 Décembre.

Par l'interrogatoire nous retrouvons un épisode grippal ayant débuté le 7 Décembre et s'étant manifesté par une fièvre à 39°, des courbatures, une céphalée pendant quatre à cinq jours et ayant laissé le malade asthénique.

A l'examen :

- La vision de l'oeil droit est de 1/10 (oeil amblyope).
- A gauche, l'acuité visuelle est de 2/10.

De près, après correction le malade lit péniblement le N° 10 de l'échelle de Parinaud.

L'examen ophtalmoscopique montre :

- un vitré très trouble avec de gros corps flottants prépapillaires.

../...

- une importante hémorragie sous papillaire, saillante formant deux poches.
- les vaisseaux paraissent normaux mais sont très difficiles à voir.

Le fond d'oeil droit est normal.

L'examen au biomicroscope montre :

- un segment antérieur normal
- le vitré antérieur est normal
- dans le vitre postérieur on note quelques flocons blancs.
- Le champ visuel est très altéré.
- Il existe un important scotome central.
- Le champ périphérique est normal.

Le malade revient en consultation le 7 Janvier 1956, l'état est inchangé.

Le malade n'étant pas revenu en consultation nous ne connaissons pas l'évolution ultérieure.

Enfin quelques cas :

- de NEVRITE RETROBULBAIRE
- d'OBSTRUCTION DE L'ARTERE CENTRALE DE LA RETINE.

ont été décrits au décours de la grippe.

../...

GLAUCOME AIGU.

Plusieurs cas de glaucome aigu post grippal ont été signalés. Notre maître le Professeur RENARD en rapporte avec DHERMY trois cas dans la Société d'Ophtalmologie de Mars 1949.

Observation I. (Pr. Renard).

Mme M... 53 ans présente le 4 Janvier 1949 au cours d'une grippe en pleine évolution avec fièvre à 39° des douleurs violentes au niveau de l'oeil gauche d'apparition brutale.

L'examen met en évidence une symptomatologie nette de glaucome aigu.

La tension oculaire prise au tonomètre de Schioetz est à 70.

Des instillations d'ésérine et de pilocarpine sont prescrites toutes les heures.

Le lendemain matin, quinze heures après le premier examen une iridectomie large est pratiquée.

Le 10 Janvier,

- les milieux oculaires se sont éclaircis
- à l'examen du fond d'oeil le disque papillaire apparaît légèrement flou et sur son bord nasal on note une petite hémorragie;

L'oeil droit est normal. Son acuité visuelle est de 10/10 après correction d'une hypermétropie de 2 dioptries.

../...

La malade quitte le service et elle n'est revue que le 1er Février. A cette date :

- la vision de l'oeil gauche est de 3/10 après correction de + 0,75 - Il n'y a pas d'astigmatisme.

- le champ visuel mesuré au périmètre est normal.

- il n'y a pas de scotome central

- la tension oculaire est à 20.

Mais l'examen ophtalmoscopique met en évidence une papille pâle à bords un peu flous témoignant de l'atrophie du nerf optique. L'hémorragie antérieurement notée a disparu sans laisser de traces.

Observation II. (Pr. Renard).

Mme B.... 33 ans.

Le 7 Janvier 1949, au décours d'une grippe ayant débuté une semaine auparavant, Mme B.... 33 ans présente une baisse subite de la vision de l'oeil gauche accompagnée de douleurs oculaires et péri-oculaires. Elle vient consulter le 8 Janvier et à l'examen :

- les signes de glaucome aigu sont au complet
- la vision réduite à la perception des mouvements de la main à cinquante centimètres.
- la tension oculaire prise au tonomètre de Schioetz est à 80.

Par ailleurs, l'oeil droit est sain,

- son acuité est de 4/10 avec une correction de (90 + 3) + 4
- sa tension est à 20.

Des instillations d'érérine et de pilocarpine sont prescrites toutes les deux heures dans l'oeil gauche.

../...

Le 11 Janvier, l'état est stationnaire, la tension de l'oeil gauche est à 55.

Le 12 Janvier une intervention est décidée : une iridectomie sphinctérienne est pratiquée.

Le 25 Janvier, la tension de l'oeil gauche est retombée à 26.

L'acuité visuelle reste basse, la malade compte les doigts à cinquante centimètres.

Les champs visuels mesurés au périmètre sont normaux.

A l'examen du fond de l'oeil :

- papille normale avec, à son voisinage du côté nasal, une petite hémorragie

Par ailleurs, les artères apparaissent petites et de calibre irrégulier.

On continue les instillations de pilocarpine et on prescrit, en outre, par voie buccale quatre centigrammes d'acide nicotinique par jour.

Le 4 Février, l'acuité visuelle, la tension oculaire et le champ visuel de l'oil gauche restent inchangés, mais on note une dyschromatopsie centrale.

La petite hémorragie a disparu sans laisser de traces.

La papille est pâle, sans aucune excavation.

Les artères sont toujours petites et de calibre irrégulier.

../...

Un traitement par la vitamine B1 est institué.

Le 10 Février,

- la tension de l'oeil gauche est à 25.

L'acuité visuelle est remontée à 2/10 après correction de (75 + 2,50) + 4,50.

Mais il existe :

- un scotome central net,
- un rétrécissement du champ visuel qui atteint 20° dans le champ supérieur, 60° dans le champ temporal, 50° dans le champ inférieur.

A l'examen du fond d'oeil la papille reste pâle.

Le 24 février l'état reste stationnaire.

Observation III (Pr. Renard)

Mme D.... 38 ans

Le 24 février 1949, nous avons examiné Mme D... qui, un mois avant, au décours d'une grippe avait présenté un glaucome aigu de l'oeil droit pour lequel avait été pratiquée, trente deux heures après, une iridectomie large. La situation oculaire à la date de l'examen était la suivante :

- acuité visuelle de l'oeil droit : 1/10 faible après correction (90-1) - 1
- l'oeil gauche voit 10/10 et est normal.

../...

Examen de l'oeil droit :

- Iridectomie supérieure totale
- Atrophie de l'iris et présence d'adhérences pigmentées sur tout le pourtour de l'orifice papillaire; seule la périphérie de la brèche irienne est libre.

L'examen plus approfondi à la lampe à fente met en évidence :

- l'existence sur la membrane de Descemet de grains de pigment, paraissant d'ailleurs ne pas être récents,
- au niveau de la capsule antérieure du cristallin quelques opacités ponctuées.

Les champs visuels mesurés au périmètre sont :

- normaux pour le blanc et le vert
- très rétrécis pour le rouge (atteignant 20° dans le champ nasal).

La tache aveugle est de dimensions normales; il n'y a pas de scotome central.

La tension oculaire au tonomètre de Schioetz est de 22.

A l'examen du fond d'oeil on note d'emblée la pâleur de la papille dont les bords sont peu nets et dans le champ rétinien on découvre trois grosses hémorragies arrondies, bien limitées, récentes, à quelque distance de la papille, le long des veines. La pression de la veine centrale de la rétine est à vingt millimètres de mercure.

../...

La pression de l'artère centrale est très basse, à peine mesurable, il y a un véritable effondrement de la pression artérielle rétinienne alors qu'à l'oeil gauche, la tension minima de l'artère centrale est de 30, ce qui, comparé à la pression minima de l'artère humérale qui est à 6 (la maxima étant à 11,5) est normal.

Les examens biologiques :

- examen des urines et du sang
- réaction de Bordet Wasserman
- numération globulaire
- numération des plaquettes

n'ont montré aucune anomalie.

Nous avons également observé à l'Hôpital Tenon un glaucome aigu bilatéral survenu chez un sujet jeune au décours d'une grippe.

Plusieurs faits paraissent à retenir de ces observations et différencient les glaucomes aigus post grippaux des glaucomes aigus d'autre origine :

- La gravité de l'évolution malgré une iridectomie précoce marquée par la persistance d'une acuité visuelle très faible, et l'apparition d'une atrophie optique précoce, sans excavations qui ne peut être rattachée à l'évolution propre du glaucome.

- L'existence d'hémorragies rétiniennes.

Ces cas se présentent donc comme des névrites optiques compliquées de glaucome aigu, la part de la névrite optique étant plus importante que celle du glaucome, car tous les déficits présentés sont du type

../...

post névritique plutôt que du type post glaucomateux (Professeur Renard).

Les glaucomes aigus survenant au décours d'une grippe ont donc un pronostic grave, l'existence de la névrite inflammatoire assombrit lourdement l'évolution.

ATTEINTE DES NERFS MOTEURS.

Au décours de la grippe, on peut voir survenir une paralysie du nerf moteur oculaire commun isolée, en général dissociée et fugace.

BONAMOUR et HUGONNIER, dans le Bulletin des Sociétés d'Opthalmologie de France de Juin 1951 rapportent quatre observations de paralysie isolée du grand oblique survenues au cours d'une grippe.

La paralysie s'installa de façon brutale, dura quinze jours à un mois et disparut sans laisser de séquelles.

Par ailleurs A.D. LEIGH dans le British Medical Journal rapporte deux cas d'affections nerveuses avec céphalée, somnolence, paralysie oculo motrices, coïncidant avec une épidémie de grippe B.

UNE PARALYSIE DU TRIJUMEAU.

est parfois notée au cours de la grippe.

Le diagnostic est porté facilement devant la constatation d'une insensibilité cornéenne.

Il faut redouter la survenue d'une kératite neuro paralytique.

INFLAMMATION AIGUE DE LA GLANDE LACRYMALE : DACRYO-ADENITE.

Certains cas de dacryo-adénite aigues ont été observés au cours d'une grippe.

../...

Ces dacryo-adénites apparaissent au début de la grippe.

Il s'agit en règle de formes unilatérales.

Le début est brutal, par des douleurs orbitaires très vives. On note un oedème de la paupière supérieure, prédominant dans la région externe, déformant le bord marginal en S italique.

Les téguments sont rouges. Il existe un chémosis important, une adénopathie pré-auriculaire.

En général la résolution se fait en huit à quinze jours.

Rarement l'évolution aboutit à la suppuration et à l'ouverture spontanée.

Parmi LES AFFECTIONS ORBITAIRES ET PERI-ORBITAIRES DE LA GRIPPE nous citerons :

- les sinusites frontales ou maxillaires
- l'inflammation de la capsule de Tenon
- le PHLEGMON de l'orbite.

Nous n'envisagerons pas ici le problème des sinusites grippales. Rappelons seulement que la sinusite est souvent responsable de l'inflammation du nerf optique.

Cette névrite optique peu fréquente au cours des sinusites frontales et maxillaires s'observe plus souvent au cours de la sinusite sphénoïdale.

INFLAMMATION DE LA CAPSULE DE TENON,

débute par des douleurs très vives, siégeant aux mouvements du globe.

../...

Il existe un chémosis important s'accompagnant d'exophtalmie légère et de limitation des mouvements.

LE PHLEGMON DE L'ORBITE est une complication grave. Il survient en général au décours de la grippe. Le germe causal est du staphylocoque, du streptocoque, du pneumocoque.

Au décours d'une grippe, réapparition de :

- fièvre élevée avec frissons, céphalée, vives douleurs dans la région péri-orbitaire.

Bientôt le tableau est manifeste avec :

- chémosis de la conjonctive
- oedème inflammatoire des paupières
- exophtalmie irréductible
- immobilisation du globe
- la pupille réagit peu à la lumière, se dilate
- la sensibilité cornéenne s'émousse
- l'acuité visuelle tend à diminuer.

et en l'absence d'une orbitotomie l'évolution se fait vers l'atrophie optique, la thrombophlébite orbitaire,la méningite purulente.

TROISIEME PARTIE

-=-=-

DONNEES EXPERIMENTALES

Au total nous constatons la diversité des manifestations oculaires qui peuvent compliquer une grippe.

Il est intéressant de rappeler quelques données expérimentales.

G. PASCA :

a expérimenté trois souches de virus de la grippe :

- deux du type A et une du type B sur des lapins.

Il utilise comme matériel d'inoculation une suspension de poumon de rat et le liquide allantoïde injecté avec ces souches.

Il en inocula 0,05 cc. dans la chambre antérieure de quinze lapins, puis dans le vitré de quinze autres lapins.

Comme contrôle, il inocula à dix autres lapins une suspension de poumon de rat ou du liquide allantoïdien stérile.

Il obtint, avec les trois souches de virus, dans une proportion de 80% des lésions des membranes oculaires et surtout de l'uvée et du nerf optique :

- formation d'exsudats constitués de façon PREDOMINANTE de lymphocytes -

- fibrine dans la chambre antérieure, prolifération hystiocytaire surtout dans le parenchyme irien.

- Existence de phénomènes hémorragiques dans l'iris, dans le corps ciliaire ou dans la choroïde.

- exsudation à prédominance lymphocytaire dans la région du cône papillaire.

SANTONI.

chercha un test biologique permettant de rattacher avec certitude à la grippe les troubles oculaires observés au cours ou au décours d'une infection grippale.

Il choisit comme animal d'expérience le lapin et étudia sur eux les réactions des anticorps anticoagulants lorsque le virus grippal est introduit dans l'organisme par voie générale et quand il est introduit directement dans les tissus oculaires. De ces recherches, il résulte que lorsque le virus grippal est introduit par voie intra-veineuse on note l'apparition d'un titre élevé d'anticorps anticoagulants dans le sérum tandis que ces substances ne sont pas trouvées dans l'humeur aqueuse. Lorsque le virus est introduit dans l'oeil on note l'apparition d'anticorps anticoagulants dans l'humeur aqueuse de cet oeil et dans le sang de l'animal.

Mais il semble que seule la découverte d'anticorps dans l'humeur aqueuse permette d'affirmer avec certitude l'étiologie grippale d'une affection oculaire.

o

o o

QUATRIEME PÁRTIE

-=-=-

PATHOGENIE

Il est très difficile de donner une interprétation pathogénique des lésions oculaires survenant au cours de la grippe car :

- d'une part les manifestations oculaires observées sont le plus souvent assez banales, sans caractères spécifiques -

- d'autre part certains épisodes fébriles rapportés à une grippe sporadique peuvent être dus à une autre affection et en général les examens biologiques (en particulier réaction de Hirst) seuls moyens d'affirmer ou d'infirmer l'origine grippale de l'infection ne sont pas effectués.

Dans la détermination des complications oculaires observées au cours de la grippe il faut insister sur le rôle très important des germes associés :

- Pneumocoques, saprophytes habituels des voies lacrymales
- mais aussi staphylocoques, atreptocoques, bacille de Pfeiffer
- virus herpétique.

L'action de ces germes est favorisée par l'état de moindre résistance crée par la grippe. En effet même dans les formes bénignes de grippe, on est frappé par l'altération de l'état général, l'asthénie qui se manifeste dès les premiers jours de la maladie.

../...

Cette anergie grippale représente l'élément pathogénique essentiel des complications observées au cours de cette affection.

LES CONJONCTIVITES.

- sont certainement dues aux germes de la bactériologie commune ou au Bacille de Pfeiffer : hémophilus Influenzae. Le rhinopharynx qui, à l'état normal, est pourvu d'une flore microbienne abondante, devient sous l'influence de la grippe le lieu d'une pullulation des microbes, de saprophytes, ceux-ci deviennent pathogènes et tendent à se propager au voisinage, l'infection peut remonter le canal lacrymo nasal et atteindre l'oeil.

- Il est très difficile de savoir si le virus de la grippe se trouve au début de la maladie sur la conjonctive et s'il peut déterminer à lui seul des conjonctivites.

Les recherches de FOCOSI sur le lapin, sur la souris et sur le Maccachus Rhésus n'ont pas pu démontrer le pouvoir pathogène du virus grippal sur la conjonctive. Des expériences plus récentes de MISSIROLI et BRUNA sur le furet et sur l'homme tendraient à prouver que le virus de la grippe peut entraîner en l'absence de germes pathogènes concomittants une conjonctivite de type catarrhal.

Mais ces expériences doivent être interprétées avec prudence et dans la détermination de ces conjonctivites il faut retenir le rôle essentiel des germes associés.

../...

LES KERATITES.

- les plus communes qui se manifestent au cours de l'influenza sont dues au virus herpétique, quelques vésicules d'herpès naso labiales sont d'ailleurs souvent notées lors de la survenue de ces kératites. On connaît la fréquence du virus herpétique comme germe de sortie au cours de nombreuses maladies infectieuses.

- D'autres kératites sont dues à des germes banaux, pneumocoques en particulier.

Il est difficile d'affirmer l'existence de kératites déterminées directement par le virus grippal. Les expériences faites par GRUTER, EVANS et RICHARD et celles de FOCOSI pourraient permettre de penser que quelques formes de kératites ponctuées décrites chez l'homme au décours de la grippe peuvent être réellement dues au virus grippal.

Ces auteurs ont obtenu des infiltrations superficielles de la cornée le long des traits de scarification, similaires à ceux que l'on observe dans l'herpès. Ces lésions ne seraient pas transmissibles en série. EVANS et RICHARD tendent à considérer ces kératites comme relevant d'un effet toxique plutôt que comme l'expression d'une prolifération du virus dans le tissu cornéen.

Les expériences sur l'homme manquent, la seule tentative de transmission du virus grippal à l'homme qui a été faite par CAVARA a été négative.

../...

La kérato conjonctivite phlycténulaire qui apparait surtout chez des sujets jeunes, à la convalescence de la grippe doit être interprétée comme l'expression de phénomènes de nature allergique, en rapport avec le virus de la grippe ou plus vraisemblablement avec une infection tuberculeuse pré-existante.

LES AFFECTIONS DU TRACTUS UVEAL

sont relativement fréquentes au cours de la grippe.

Il peut s'agir d'uvéites métastatiques qui sont en rapport avec un foyer infectieux siégeant en un point quelconque de l'organisme.

Au cours de la grippe, la résistance de l'organisme aux microbes disparait, les infections latentes deviennent virulentes et des états extrêmement graves peuvent être réalisés. L'ophtalmie métastatique peut entraîner la perte de la vision d'un oeil ou même parfois des deux yeux.

Fréquemment on voit survenir au cours de la grippe des Iritis ou des iridocyclites aigues qui évoluent favorablement. Un certain nombre de ces iridocyclites sont d'origine herpétique s'accompagnant parfois de quelques vésicules d'herpès naso labial.

CAVARA rapporte l'observation d'une malade atteinte d'une iridocyclite au décours d'une affection fébrile d'allure grippale et dans la chambre antérieure de laquelle le virus herpétique a été isolé.

La question des rapports entre virus herpétique et virus grippal est d'ailleurs très complexe.

../...

Il est possible que dans certains cas l'épisode fébrile ait été rapporté à la grippe alors qu'il s'agissait d'une fièvre herpétique. Mais il est possible aussi que les inflammations de l'iris qui s'observent à l'occasion d'une grippe sporadique soient dues au virus herpétique, le processus grippal agissant comme un facteur favorisant l'infection herpétique.

Existe-t-il des Uvéites à virus grippal ?

Expérimentalement l'inoculation du virus de la grippe dans la chambre antérieure a été faite par FOCOSI sur le lapin et le singe.

Les réactions inflammatoires ont été très intenses sur l'iris et sur le corps ciliaire avec congestion, oedème, infiltration leucocytaire et hémorragies dans tous ces tissus.

Cependant on n'a pas pu mettre en évidence une multiplication du virus dans l'oeil inoculé.

C'est pourquoi CAVARA interprète ces lésions expérimentales comme la résultante d'un effet toxique.

LA CHORIOPAPILLORETINITE.

- a d'abord été rapportée à des phénomènes méningés avec dans un premier temps atteinte du nerf optique et secondairement apparition d'exsudats rétiniens.

Mais certains faits ne permettent pas de retenir cette théorie. Ce sont :

- l'absence d'un syndrome méningé clinique et biologique.

../...

- l'unilatéralité fréquente des manifestations.

De plus s'il est inhabituel de voir les papillites se compliquer de rétinite et d'exsudations sous rétiniennes, il est par contre fréquent de voir les affections choroïdiennes se propager à la rétine et à la papille.

Il semble que l'on puisse classer la choriopapillorétine d'origine grippale "parmi les manifestations oculaires, probablement assez fréquentes, des septicémies latentes ou atténuées" (Schiff).

Les HEMORRAGIES RETINIENNES.

fréquemment relevées au cours de la maladie grippale paraissent être en rapport avec les propriétés hémorragipares du virus grippal.

Ces propriétés ont été démontrées par l'autopsie des sujets morts de la grippe et par les recherches expériementales. On connait d'ailleurs l'existence de formes hémorragiques de la grippe avec expectoration sanglante, épistaxis, gingivorragies, parfois même purpura, hémorragies intestinales, hématuries.

Les troubles vaso moteurs sont en général maximum au niveau des poumons.

Les lésions histologiques dominantes sont représentées par :

- la congestion intense des vaisseaux, de la muqueuse bronchique et des parois alvéolaires,

- l'oedème infiltrant, les cavités broncho-alvéolaires, les espaces sous pleuraux.

../...

- les hémorragies intra-alvéolaires et pariétales.

La congestion, l'oedème, les hémorragies témoignent d'une affinité particulière du virus grippal pour le système nerveux vaso moteur pulmonaire.

Les troubles vaso moteurs sont d'ailleurs retrouvés dans les autres viscères et les altérations anatomiques sont identiques à celles dues à l'atteinte du système neuro végatatif observées au cours de nombreuses toxi-infections. Elles témoignent du neurotropisme du virus grippal.

La pathogénie du glaucome aigu grippal reste assez mystérieuse. Cependant l'existence des hémorragies et les lésions vasculaires observées dans tous les cas incitent notre Maître le Professeur RENARD à penser qu'il est très possible qu'existe un trouble circulatoire global lié à la névrite prédominant sur le territoire veineux et jouant un rôle très important dans la génèse du glaucome.

En ce qui concerne l'inflammation du nerf optique :

- FOCOSI a montré expérimentalement que le virus grippal mis au contact du nerf optique peut provoquer des altérations importantes de type inflammatoire et dégénératif.

Ces expériences paraissent confirmer l'hypothèse selon laquelle une névrite optique peut être provoquée par le virus grippal.

- Cependant dans certains cas l'agent étiologique peut être autre. La névrite optique peut parfois être expliquée par une sinusite post grippale, sinusite sphénoïdale surtout, cela s'expliquant par les

rapports étroits que le nerf optique contracte avec le sinus sphénoïdal.

La pathogénie des Paralysies musculaires est très obscure :

- certains pensent à un trouble périphérique de nature toxique

- d'autres à des phénomènes d'origine centrale de polio-encéphalite hémorragique.

- Enfin la grippe peut encore activer d'autres processus, en particulier syphilitique.

PITTER, sur un malade qui avait présenté une paralysie isolée du grand oblique après une grippe a trouvé un Bordet Wasserman positif après réactivation.

C O N C L U S I O N S

Dans cette étude des COMPLICATIONS OCULAIRES DE LA GRIPPE, nous avons vu la diversité des manifestations qui peuvent être observées, leur gravité, leur fréquence inégales, le rôle très important joué dans leur détermination par les germes associés.

Un certain nombre d'entre elles et en particulier, les Conjonctivites, les Kératites, les affections du Tractus Uvéal paraissent en général dues à des germes associés dont la virulence a été exaltée par l'infection grippale.

De même les Choriopapillorétinites semblent en relation avec un état septicémique atténué.

Par contre les hémorragies rétiniennes semblent être déterminées par le virus lui-même. On connait en effet les propriétés hémorragiqures du virus grippal.

Les hémorragies rétiniennes, les lésions vasculaires existant au cours des glaucomes aigus post-grippaux nous incitent à penser que les troubles circulatoires jouent un rôle très important dans la génèse de ces glaucomes.

../...

L'Etiologie grippale des manifestations oculaires est évidente lorsqu'elles surviennent au cours des grandes épidémies, par contre lorsqu'elles compliquent des grippes sporadiques, l'étiologie peut être douteuse car dans la pratique, on tend à étiqueter grippe des complexes symptomatiques qui pourraient être dus à une autre affection.

Il serait intéressant dans ces cas d'effectuer des investigations biologiques, en particulier une réaction de HIRST.

x

x x

Vu :

Le Président :

signé : VELTER

Vu :

Le Doyen :

signé : BINET

Vu et Permis d'Imprimer

Le Recteur de l'Académie de Paris :

signé : JEAN SARRAILH.

=-=

B I B L I O G R A P H I E

BONAMOUR et HUGONNIER

Paralysies isolées du grand oblique au cours des affections et en particulier de la grippe.
Bulletin Société Ophtalmologique de France pp. 675-677 - Juin 5IF.

CAVARA et BIETTI - Les manifestations oculaires des maladies à virus et des rickettsioses - 39ème Congrès de la Société ophtalmologique italienne - Turin 1952

FOCOSI M. - Effet du virus grippal sur les tissus oculaires - Etude expérimentale - Bulletin d'Oculistique - 21 - 83 - 151 - février 42

GONZALES, POLA A.M., SANCHEZ, SALORIO M.

Les kératites causées par le virus grippal.
Archives Société Ophtalmologique Hispano-Américaine - 1951 11 - 9 - 1088 - 1101 -

LE GRAND M.J. - Les kératites herpétiques post-grippales.
Soc. Fr. Oto - neuro-opthal - 1946

LEPINE P. - Grippe humaine - Journal Medical de Lyon - 34 - 95 - 100 - février 5.53 F

LEIGH A.T. - Affection du système nerveux pendant une épidémie de grippe B
British Med. Journal. 2. 936 - 938 - Décembre 21- 46

../...

LESCHER F.G. - Grippe et ses complications - Tractitiones - 153 - 328 - 335 - décembre 44.

MATALOPEZ P. - Complications oculaires de la grippe - Archives Société Ophtalmologie Hispano Américaine 1952 - 12 587 - 597 -

MICHON - Complications oculaires de la grippe. Concours Médical 1951 - 75 - 2533 - 2534 -

PASCA G. Recherches expérimentales sur l'action du virus grippal dans les tissus oculaires - Bull. Ocul. 1950 - 29 - 398 - 405

REGARD - Complications oculaires - Bulletin Médical Paris 54 - 6 - 8 janvier 6 - 40.

RENARD G. et DHERMY -

A propos de l'étiologie et de la pathogénie du glaucome aigu grippal - Société Ophtalmologie - Paris 19 Mars 1949 -

RENAUD M. - Bulletin et Mémorial - Société Médicale Hôpitaux de Paris - Nov. 7-14 - 52 F.

SCHIFF, WERTHEIMER, GAILLARD et J. JONQUIERES -

Choriopapillorétinite d'origine grippale.
A propos de 3 observations - Semaine des Hôpitaux de Paris 1948 - 24 - 856 - 858.

../...

SANTONI A. - Présence d'anticorps anticoagulants dans l'humeur aqueuse au cours des infections dues au virus de la grippe.

Bulletin Oculistique - 1952 - 31-9 - 518 - 526

SEDAN J. - Iridocyclite suppurative d'origine grippale

Annales Oculistiques - 172 - 375 - 379 - Mai 35.

x

x x